



# Fiche sanitaire de liaison

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à la santé de votre enfant lorsqu'il est pris en charge en dehors du temps de classe. Elle suit votre enfant dans toutes ses activités. Elle pourra être consultée par les personnes en responsabilité de l'enfant et sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant les activités.

## ENFANT :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Sexe :  M  F Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

## VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) :

| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Dernier rappel | Vaccins facultatifs | Oui | Non | Dernier rappel |
|----------------------|-----|-----|----------------|---------------------|-----|-----|----------------|
| Diphtérie            |     |     |                | Hépatite B          |     |     |                |
| Tétanos              |     |     |                | Rubéole             |     |     |                |
| Poliomyélite         |     |     |                | Coqueluche          |     |     |                |
| ou DT polio          |     |     |                | B.C.G.              |     |     |                |
| ou Tétracoq          |     |     |                | Autres ( préciser ) |     |     |                |

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant doit-il suivre un traitement médical régulier ?  Oui  Non

Si oui, joindre le **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marqués au nom de l'enfant). **ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris sans ce document.**

### Allergies :

Médicamenteuses :  Oui  Non Asthme :  Oui  Non  
Alimentaires :  Oui  Non Autre :  Oui  Non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, le cas échéant joindre le projet d'accueil individualisé correspondant :

Indiquer les **difficultés de santé** (handicap, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

## REGIME ALIMENTAIRE CANTINE :

Aucun  Sans Viande  Sans Porc  Autres (précisez)

## RECOMMANDATIONS UTILES :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... :

## RESPONSABLE LEGAL(E) :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Tél. en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ Autre personne à appeler en cas d'urgence : Tél \_\_\_\_\_  
Nom et téléphone du ou de la médecin traitant (facultatif) : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le ou la responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : \_\_\_\_\_  Lu et approuvé

Signature